

## 地域包括ケアシステムと介護職・訪問リハビリテーション

二木 立（日本福祉大学学長）

「パワーポイントなどは使わない。証拠隠滅型電気紙芝居は嫌いだ。大量のプリントを配布する」（村上宣寛『「心理テスト」はウソでした。』日経BP社, 2005, 158頁）

### 0. 自己紹介と研究の視点・心構え

○リハビリテーション専門医出身の医療経済・政策学研究者。

\*1972年度東京医科歯科大学医学部卒業→東京・代々木病院に13年間勤務し、脳卒中の早期リハビリテーションの診療と臨床研究&医療問題・医療経済学の勉強と研究。

\*1985年度日本福祉大学教授：「二本立」の研究・生活（大学教員&臨床、名古屋&東京）。

\*1999年度から大学の「管理職人生」：大学院社会福祉学研究科長→社会福祉学部長→大学院委員長→副学長・常任理事→2012年度で定年退職→2013年度から学長就任。

\*学長選挙「所信表明」で、「学長業務と研究のバランスに留意しつつ、医療・介護政策の研究と発信を続けます」と公約。学長就任後、学長は「動く広告塔」。

\*2006年度から日本学術会議連携会員、2010年度から日本医師会医療政策会議委員、2015年度から日本社会福祉教育学校連盟会長。

○医療経済・政策学の視点から、政策的意味合いが明確な実証研究と医療・介護政策の分析・予測・批判・提言の「二本立」の研究と言論活動。

※医療経済・政策学：「政策的意味合いが明確な医療経済学的研究と、経済分析に裏打ちされた医療政策研究との統合・融合をめざし」た学問（勁草書房「講座」を編集）。

○私の医療経済・政策学研究についての3つの心構え。

\*医療改革の志を保ちつつ、リアリズムとヒューマニズムとの複眼的視点から研究。

**\*事実認識と「客観的」将来予測と自己の価値判断の3つを峻別するとともに、それぞれの根拠を示して、「反証可能性」を保つ：医療・介護政策の光と影を「複眼的にみる」。**

\*フェアプレイ精神。

※「客観的」将来予測：私の価値判断は棚上げし、現在の政治・経済・社会的条件が継続すると仮定した場合、今後生じる可能性・確率をもっとも高いと私が判断していること。

ー2009～2012年は上記3条件が激変し、予測がやや困難になったが、現在は元に戻る。

○『文化連情報』と『日本医事新報』に毎月論文を発表&毎年～隔年、単著を出版。

\*2005年1月以降発表したすべての論文は、「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」に掲載（「いのちとくらし非営利・協同研究所」のホームページに掲載）。

○ほぼ毎年単著出版：最新作『安倍政権の医療・社会保障改革』（勁草書房, 14年4月）。

## **I. 地域包括システムについて正確に理解し、速やかに対応する**

○2011年介護保険法改正時に出された2つのトンデモ誤解。

\*地域包括ケアシステムは介護保険改革で、今後介護費が増えて医療費が圧迫される。

\*地域包括ケアシステムは「特養解体」（「全国老協だより」No.18,2012）。

○地域包括ケアシステムを正確に理解する上での留意点：厚生労働省の「地域包括ケアシステム」の説明は「進化」・変化→「歴史を学ぶ」必要、ホンモノ・ニセモノ論は不毛。

### **1. 地域包括ケアシステムの2つの源流、法・行政上の出自と概念拡大の経緯**

#### **【添付論文：6頁】**

○地域包括ケアシステムの歴史・変遷を、初めて実証的・探索的に調査。

**(1)地域包括ケアシステムには「保健・医療系」と「福祉系」の2つの源流がある**

**2つの注意：**

○「社会福祉法人」≠福祉系。相当部分は「保健・医療・福祉複合体」傘下。

cf.「週刊福祉新聞」4月27日号、宮武剛「特養の地域展開」。

○この用語の命名者は山口昇医師（広島県公立みつぎ総合病院院長・当時）だが、同氏の実践は「病院基盤」で、「地域基盤」ではない。

\*実際のモデルは、モデルは尾道市医師会の医療・福祉連携事業。

**(2)地域包括ケアシステムの出自と概念拡大の経緯**

○2003年の「2015年の高齢者介護」が初出だが、介護サービスが「中核」。

○2004～2008年は法・行政的空白（停滞）期：小泉政権の医療・介護費抑制時代。

○2009・2010年「地域包括ケア研究会報告書」で復活したが、医療＝診療所医療。

○2011年の介護保険法改正に理念的規定が盛り込まれたが、まだ医療＝診療所医療。

○2013年の「国民会議報告書」が医療と介護の一体化、医療（病院）の役割を強調。

\*地域包括ケアシステムをネットワークと位置づけ。

**\*「治す医療」・「病院完結型医療」から「治し・支える医療」（not「支える医療」）・「地域完結型医療」（not脱病院）への（パラダイム）転換を提唱。これは、医療界・医療機関に地域包括ケアシステム構築への積極的参加を求めたメッセージ！**

○2013年の社会保障改革プログラム法で初めて法的定義、2014年診療報酬改定で「地域包括ケア病棟」&「地域包括ケア研究会」第4回報告書（2014年）も病院・施設の役割を初めて認めた。

### **2. 地域包括ケアシステムと医療・医療機関の関係を正確に理解する**

#### **【詳しくは、二木立『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房,2014,第3章第1節】**

(1)実態は「システム」ではなく「ネットワーク」、主たる対象は都市部（98頁）。

\*全国一律のモデルはない、誰が中心を担うかは地域によって違う。

\*主たる対象は都市部：2025年までに後期高齢者が激増する首都圏等対策。

ただし、厚生労働省の現役幹部はこのことを公式には認めていない。

(2) [厚労省は2012年から] 医療・病院の位置づけを軌道修正（100頁）。

\*最初の発言は、香取照幸政策統括官（現・年金局長）。

(3) [厚労省は2012年から] 医療法人等のサ高住宅開設を奨励 (101頁)。

\*これが普及しないと、サ高住での看取りの増加は困難。

(4) 今後も死に場所の中心は病院で、老人施設等が補完 (102頁)。

\*2030年に「死亡難民」が47万人も生じるとの誤解を招いた厚生労働省推計 (103頁)。

**○上掲書第3章第3節の補足：** (112,114頁表) 2011~2013年の死亡データの変化

\*死亡場所割合の変化：病院76.2%→75.6% (-0.6)、自宅12.5%→12.9% (+0.4)

老健・特養1.5+4.0=5.5%→1.9+5.3%=7.2% (+1.7)

ただし、病院の死亡数は増加 (+4,010人) vs老健・特養+22,604人、自宅6,558人。

\*2013年の都道府県別自宅死亡割合：東京が16.7% (23区内17.9%) でトップに！②兵庫16.4%、③千葉15.8%、④神奈川15.5%、⑤大阪15.2%…愛知12.4% (名古屋13.4%)。

\*ただし、「自宅死」の相当部分は「孤独死」&「自宅」にはグループホーム、サ高住、無届け施設での死亡を含む (有料老人ホームは「老人ホーム」に含まれる)。

**(5)地域包括ケアシステムと「地域医療構想」(旧・地域医療ビジョン)は相補的←追加。**

○法的には、両者は同列・同格：地域包括ケアシステムに地域医療構想が丸ごと含まれるわけではない。

○両者の関連は、地域によって異なる：地域包括ケアシステムには200床未満の中小病院の参加が想定されているが、地域によっては大病院も参加している。

## II. 介護保険制度下の介護福祉士と今後の地位向上の道

### 1. 介護保険制度開始年=15年前の私の介護福祉士へのメッセージと警告：「訪問介護の主役は長期的には介護福祉士」(添付論文2：15頁)

○日本の介護福祉士の教育レベルは「世界最高水準」であり、「専門職は給与が保証されれば在宅に向かう」と指摘すると共に、「今のままでは、10年前に生じた『看護婦不足』と同じような『介護職不足』が起きる危険がある」と警告。

### 2. 介護福祉職の地位向上の道：1990年代以降の看護職(団体)の努力に学ぶ (添付論文3：18頁)

○1990年前後には「看護婦不足」が社会問題化：3K~6K=今の介護職不足！

○しかし、それ以降、看護師の給与・労働条件は大きく改善されると共に、その社会的地位も急速に高まり、今や看護師は高校生や若い女性にとっての「花形職業」になった。

○その要因は以下の3つ。

\*1992年の診療報酬改定以降、看護の報酬が大幅に引き上げられるとともに、より高い看護配置基準が導入された。2006年に7対1看護が導入されて以降は、それまで高止まりしていた離職率も低下しはじめた。

\*日本看護協会や病院団体の努力により、看護師の卒後教育が充実すると共に、病院の看護職管理が近代化された。

\*看護学部が急増し、この面でも看護師の社会的地位が向上した：看護師養成施設の入学総定員のうち看護学部の割合は1990年度にはわずか6.3%に過ぎなかったが、その後急増し、2013年度には70.1%に達した！

### 3. 介護職不足問題を解決するための3条件

○介護保険等における介護報酬を引き上げると共に、介護職の配置基準を高める。本年の介護報酬の大幅引き下げはこれに逆行。

○介護事業所での労務管理の改善。

○介護福祉士の教育水準の引き上げ：養成施設の国家試験免除の延期は愚の骨頂、長期的には大学での養成に移行すべき。

## Ⅲ. 訪問リハビリテーションの今後の見通しと私の期待（添付論文4：19頁）

### 1. 訪問リハビリテーションは地域包括ケアシステムの重要な構成要素（であるべき）

○今後、「切れ目のない在宅サービスにより、居宅生活の限界点を高める」（2012年2月閣議決定「社会保障・税一体改革大綱」）ために、訪問リハビリテーションは必須。

○ただし、地域包括ケアシステムについての法の規定や厚生労働省の概念図（ポンチ絵）には、訪問リハビリテーションは含まれていない！

\* 社会保障改革プログラム法（2013年）の地域包括ケアシステムの定義に含まれた5つの構成要素：医療、介護、介護予防、住まい、自立した日常生活の支援。

\* 厚生労働省の最新の「地域包括ケアシステムの姿」図：「在宅サービス」に「・訪問介護・訪問看護・通所介護」は示されているが、訪問（通所）リハビリテーションはない。

\* 例外は、2013年の「地域包括ケア研究会報告書」（田中滋座長）：5つの構成要素の「介護」を「介護・リハビリテーション」に拡張。

○2015年の介護報酬改定で、訪問リハビリテーションが地域包括ケアシステムの重要な構成要素として、「実質的に」位置づけられた&期待されている。

### 2. 「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会報告書」（3月）

○今後の介護保険のリハビリテーションを考える上での必読文献。

○「リハビリテーションの理念を踏まえて、『心身機能』、『活動』、『参加』のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要だが、ほとんどの通所・訪問リハビリテーションでは、『身体機能』に対する機能回復訓練が継続して提供されている」（1頁）。

\* リハビリテーションの理念：「全人間的復権」（上田敏氏）。

\* ICF（国際生活機能分類）：医学モデルと社会モデルという「2つの対立するモデルの統合に基づいている。生活機能のさまざまな観点の統合をはかる上で、『生物・心理・社会的アプローチ』を用いる」（『国際生活機能分類』中央法規,2002,18頁）。

vs 「ICFにより医学モデルから社会モデルに転換」との解説・主張は誤り。

\* ICFの最良の解説書は、上田敏『ICFの理解と活用』（萌文社,2005）。

### 3. 2015年介護報酬改定における訪問リハビリテーションの改定の複眼的評価

○上記報告書に沿った、初めての本格的改定：「介護保険のリハビリテーションは“原点回帰”へ」（迫井正深老健局老人保健課長。『日経ヘルスケア』2015年4月号：25頁）。

○「活動と参加に焦点を当てたりハビリテーションの推進」、「リハビリテーションマネジメントの充実」等の「理念」は正しい&今後もこれに沿った改定が行われる。

○訪問リハビリテーションの単位引き下げの明暗とその背景の推測。

\*介護報酬全体では実質公称2.27%（実質は4.48%？）引き下げの中で、訪問リハビリテーション「基本サービス費」の引き下げは1.6%にとどまる&3つの加算をすべて算定できれば、引き下げ幅はさらに縮小：厚生労働省老健局の訪問リハビリテーションへの期待の現れ。

\*訪問看護ステーションからのリハビリテーションは5.2%の大幅引き下げ&訪問リハビリテーションの3つの加算は全く取れない：質よりも量（訪問回数）&軽症患者に対する機能回復訓練偏重で「荒稼ぎ」をしていた一部の大都市部ステーション対策？（医師の指示がない）「訪問リハビリテーション・ステーション」は今後も認めないとのメッセージ？  
○「リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）」についての私の3つの「深読み」。

\*リハビリテーション会議、及び医師の「説明責任」の必須化：訪問サービスにおけるチームアプローチの推進。それに加え、医師の訪問リハビリテーション&地域包括ケアシステムへの積極的参加の誘導？

\*「小さく産んで大きく育てる」：算定には手間も時間もかかるため、最初は、先進的施設のみが算定できるようにして、質を担保する。その上で、算定要件の緩和（例：ITを活用した遠隔会議またはメール会議の容認）や単位引き上げで、普及を図る。

\*医療・介護サービスを一体的に提供する「保健・医療・福祉複合体」がさらに広がる：宮島俊彦氏（元老健局長）も、「主要な在宅系のサービス事業所が複合化していく」と予測（『地域包括ケアの展望』社会保険研究所,2013,95頁）。

○訪問リハビリテーションの「卒業」を誘導しているが、その強制はしていない：2006年診療報酬改定では、リハビリテーション算定日数に上限が設定されたために、「リハビリ難民」が社会問題化した。今回はそれが起きないようにしている（迫井正深氏『介護保険情報』2015年4月号インタビュー：22-23頁）。

#### **4. 訪問リハビリテーションへの私の2つの期待**

\*適応と禁忌を明確にして、「根拠に基づく」訪問リハビリテーションを進めてほしい。

\*医療と介護、入院・入所サービスと在宅サービスの橋渡し役を果たし、患者・利用者に切れ目のないサービスを提供してほしい。

（二木立『医療改革と財源選択』勁草書房,2009,154-155頁,「今後の医療制度改革とリハビリテーション医療」の「おわりにーリハビリテーション専門職・団体の2つの責務」）

**おわりにー医療・リハビリテーション・介護は長期的には「永遠の安定成長産業」**

## 【添付論文1】

# 「地域包括ケアシステム」の法・行政上の出自と概念拡大の経緯を探る

（「二木学長の医療時評」（129）『文化連情報』2015年3月号（444号）：20-28頁）

## はじめに

「地域包括ケアシステム」は、当初は介護保険制度改革として提起されましたが、その後、概念が変化・拡大し、現在では2025年に向けた医療・介護制度の一体的改革の代名詞となっています。ただし、この用語の法・行政上の出自と概念の変化・拡大の経緯を包括的に検討した文献はありません。そのためもあり、国が地域包括ケアシステムの準備を着々と進めてきたといった、予定調和的・単線的な理解が広く見られます。

私は、今まで、本「医療時評」等で、地域包括ケアシステムの概念が変化・「進化」していることを強調してきましたが、時系列的な詳しい検証は行ってきませんでした(1-4)。そこで、本稿では、2000～2014年に発表・決定された各種の政府（関連）文書（以下、政府文書）や介護保険法等の法改正、社会保障審議会介護保険部会・医療部会の「議事録」・「資料」、及び医療・介護専門誌に掲載された厚生労働省高官の発言等を網羅的・探索的に検討します。

主な調査結果は、以下の通りです。①地域包括ケアシステムの政府文書上の初出は2003年の「2015年の高齢者介護」です。②しかし、2004～2008年の5年間は、法・行政的には地域包括ケアシステムの展開はほとんどなく、「空白（停滞）期」と言えます。③地域包括ケアシステムは2009・2010年の「地域包括ケア研究会報告書」で復活・「復権」し、2011年に成立した介護保険法第三次改正で、その理念的規定が導入されました。しかし、地域包括ケアシステムの医療は事実上「在宅医療」に限定されていました。④厚生労働省の有力高官は2012年に地域包括ケアシステムにおける病院・医療法人の役割を強調する発言を相次いで行いました。2013年8月に発表された「社会保障制度改革国民会議報告書」も、医療と介護の一体的見直しを強調しました。2013年12月に成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」では、「医療制度」を規定した条項に、地域包括ケアシステムの法的定義が初めて導入されました。これらにより地域包括ケアシステムの医療には病院医療も含まれることが明確となりました。【補足】では、地域包括ケアシステムには「保健・医療系」と「福祉系」の2つの源流があることを指摘します。

## 2003年の「2015年の高齢者介護」が初出

地域包括ケアシステムの政府文書上の初出は、2003年6月に発表された高齢者介護研究会（厚生労働省老健局長の私的検討会）の報告書「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて」です。そのⅢ. 2「生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系」の(4)で「地域包括ケアシステムの確立」が、以下のように提起されました。「要介護高齢者の生活をできる限り継続して支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとする様々な支援が

**継続的かつ包括的に提供される仕組みが必要である**」。このように、地域包括ケアシステムはあくまで介護保険制度改革と位置づけられ、介護サービスが「中核」とされました。

中村秀一老健局長（当時。以下、肩書きはすべて発言時）は、この報告書が発表された直後の対談で、地域包括ケアシステムの重要性を強調すると共に、「地域包括ケアシステムは、それこそ地域の実情にあったいろんなシステムがあつていい」と述べました(5)。香取照幸老健局振興課長も、「地域包括ケア体制の構築」を特集した雑誌の巻頭インタビューで、「地域包括ケアは地域の力を紡いだ到達点」と位置づけるとともに、「介護保険だけで高齢者を支えることはできない。（中略）地域ネットワーク全体の中で、一人の人を支えていくという視点」が必要だと強調しました(6)。当時、厚生労働省内で地域包括ケアシステムを推進した中村氏と香取氏が共に、全国一律のシステムを否定し、「地域の実情にあったいろんなシステム」、「地域ネットワーク」を強調していたことは注目に値します。なお、香取氏のインタビューには地域包括ケアシステムについての初めての概念図も掲載されました。

### 2004～2008年は「法・行政的空白（停滞）期」

「2015年の高齢者介護」で提起された諸改革のうち「介護予防・リハビリテーションの充実」や「痴呆性高齢者ケア」等は、社会保障審議会介護保険部会（以下、介護保険部会）での議論と「意見」のとりまとめを経て、2005年6月に成立した**介護保険法第一次改正**（全面施行は2006年4月）に取り入れられました。

しかし、意外なことに、地域包括ケアシステムについては、第3回介護保険部会（2003年7月）で少し議論された後、2008年2月の第24回部会（2009年の政権交代前の最後の部会）までの5年間まったく議論されませんでした。介護保険法第一次改正に先だって介護保険部会が2004年7月にまとめた「介護保険制度見直しに関する意見」にも地域包括ケアシステムについての記載はなく、当然介護保険法第一次改正にも含まれませんでした（「地域ケア」、「包括的ケア」という表現はありました）。中村局長は、法改正に先立って、介護保険部会「意見」と法改正のポイントについて説明しましたが、それらにも地域包括ケアシステムは含まれませんでした(7, 8)。

公平のために言えば、介護保険部会「意見」では、「地域包括支援センター（仮称）」の創設が提案され、それは介護保険法第一次改正に盛り込まれました。しかし、その基本機能は「総合的な相談マネジメント機能」、「介護予防マネジメント」、「包括的・継続的なマネジメント」に限定されました。法改正についての厚生労働省の説明文書「新たなサービス体系の確立」には「地域包括支援センター（地域包括ケアシステム）のイメージ」図が含まれていましたが、その構成要素に医療は含まれていませんでした。

なお、社会保障審議会医療部会は2005年12月に「医療提供体制に関する意見」をまとめ、その「在宅医療の推進」の項には「介護保険等の様々な施策との適切な役割分担・連携を図りつつ、〔在宅医療が一二木〕患者・家族が希望する場合の選択肢となり得る体制を地域において整備する」等、内容的には地域包括ケアシステムに通じる提言が含まれていましたが、この用語は用いられませんでした。

2008年5月には、介護サービス事業者の不正事案を防止し、介護事業運営の適正化を図ることを目的とした**介護保険法第二次改正**が成立し、同月施行されました。しかし、この

ときにも地域包括ケアシステムへの言及はありませんでした。

以上から、2004～2008年の5年間は地域包括ケアシステムの「法・行政的空白（停滞期）」と言えます【注】。この時期のうち2004～2006年は小泉内閣が医療・介護費を中心とした、厳しい社会保障費抑制政策を断行した時期です。その象徴が2006年6月の経済財政諮問会議「骨太の方針」（閣議決定）中の、社会保障費の自然増を今後5年間、毎年2200億円抑制する方針であることは言うまでもありませんが、それ以前にも毎年のように同規模の費用抑制が行われました。

そのために、厚生労働省はこの期間、介護保険分野でも、介護保険施設の食費・室料の自己負担化や「新・予防給付」導入による介護給付費抑制、介護療養病床の（突然の）廃止方針、さらには介護保険被保険者の20歳までの拡大（これは実現せず）等の立案に追われました。さらに2007年には最大手の介護事業者コムスの不祥事が社会問題化し、厚生労働省はそれに対応した改革（2008年の介護保険法第二次改正）に忙殺されました。そのために、厚生労働省は、この間、地域包括ケアシステムの具体化にまでは手が回らなかった可能性があります。

上記「法・行政的空白（停滞期）」は、「平成の大合併」時代でもあり、市町村合併が進行していましたが、行政の広域化により介護保険の業務負担が減ることはありませんでした。そのために、厚生労働省の介護保険実務担当者は、2005年の介護保険法第一次改正により市町村の介護事業負担が増えた上に、さらにその負担を増す地域包括ケアシステムの具体化にはとても踏み出せなかったという事情もありそうです。

## 2009・2010年の「地域包括ケア研究会報告書」で復活

実は、2008年6月に発表された「社会保障国民会議中間報告」では、「サービス提供体制の構造改革」の項で、「病院機能の効率化と高度化」、「地域における医療機能のネットワーク化」の次に、「地域における医療・介護・福祉の一体的提供（地域包括ケア）の実現」が提案されました。同時に発表された「社会保障国民会議第二分科会（サービス保障（医療・介護・福祉））中間とりまとめ」には、「地域包括ケア」についてのより詳しい記述がありました。ただし、共に地域包括ケアシステムという表現はなく、しかも同年11月の「社会保障国民会議最終報告」は地域包括ケア（システム）について全く触れませんでした。

地域包括ケアシステムが、厚生労働省内で復活・「復権」するのは、「地域包括ケア研究会」（老人保健健康増進等事業。田中滋座長）が2009年5月と2010年5月に「報告書」を発表して以降です。この時期は、2009年9月の民主党政権成立前後であり、福田・麻生自公内閣、鳩山民主党内閣とも、小泉内閣とは逆に、「社会保障の機能強化」を政策の大きな柱としていました。

2009年の「地域包括ケア研究会（2008年度、第1回）報告書」は、地域包括ケアシステムの定義を、以下のように初めて示しました。「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供されるような地域での体制」。2003年の「2015年の高齢者介護」が介護サービスを「中核」としていたのと異なり、本報告書は「ニーズに応じた住宅が提供されること」を「基

本」とするとともに、「医療や介護」等の諸サービスを同格に位置づけました。しかも、前述した中村局長・香取課長と同じく、「地域包括ケアシステムは、全国一律の画一的なシステムではなく、地域ごとの特性に応じて構築されるべき」と強調しました。

宮島俊彦老健局長は「2009年報告書」の発表直後から、「地域包括ケアを推進する」ことを、さまざまな機会に表明しました(9,10)。「2009年報告書」が発表された2009年5月には、「高齢者の居住の安定確保に関する法律」改正が成立し、同法の所管が国交省と厚生労働省の共同所管になりました。これを受けて、水津重三老健局高齢者支援課長は、今後の地域包括ケアの実現に向けて、自治体の福祉部局と住宅部局の連携を進めることに期待を寄せました(11)。

2010年5月に発表された「地域包括ケア研究会(2009年度、第2回)報告書」は、本文だけで55頁の大作(2009年報告書の28頁の2倍)であり、「2025年の地域包括ケアシステムの姿」とその「構築に向けた当面の改革の方向」を精緻に提起し、これ以降、これが地域包括ケアシステムについての「定番文献」となりました。

### 2011年の介護保険法改正に理念的規定

介護保険部会は、2009年12月の民主党政権成立前後の2年3カ月、まったく開催されていなかったのですが、民主党政権成立後に初めて開催された2010年5月と6月の第25、26回部会(部会長山崎泰彦氏)で、「地域包括ケア研究会報告書」をめぐって活発かつ肯定的な議論が行われました。その結果、2010年11月の介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」では、「地域包括ケアシステムの必要性」が初めて提起され、地域包括ケアシステムの定義として、「地域包括ケア研究会報告書」の定義がそのまま引用されました。

この「意見」に基づいて、2011年6月に成立した「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」(2012年4月施行。**介護保険法第三次改正**)では、第5条第3項に、以下のような、地域包括ケアシステムについての理念的規定が導入されました。「**国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない**」。

この規定には、なぜか、「地域包括ケアシステム」という表現は用いられませんでした。法改正と同月に出された老健局長通知「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律等の公布について」では、法「改正の趣旨」として、「高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるようにするためには、医療、介護、予防、住まい、生活支援のサービスを切れ目なく提供する『地域包括ケアシステムの構築』が必要である」と明記されました。これ以降、地域包括ケアシステムは、「医療、介護、予防、住まい、生活支援のサービス」の5つの要素から構成されることが確定しました。ただし、「通知」には医療についての具体的記述はありませんでした。

翌2012年2月に野田民主党内閣が閣議決定した「社会保障・税一体改革大綱について」

の「医療・介護等①」では、「医療サービス提供体制の制度改革」と「地域包括ケアシステムの構築」が同格で位置づけられました。閣議決定に「地域包括ケアシステム」という用語が盛り込まれたのは、これが初めてと思います。

以上の改革を踏まえて、宇都宮啓保険局医療課長は、2012年10月の日本医師会・社会保険指導者講習会で、次のように述べ、地域包括ケアシステムは「国策」であると明言しました(12)。「地域包括ケアシステムについては、昨年の介護保険法改正の趣旨のなかでも触れられた。また、社会保障・税一体改革の中でも、『2025年に地域包括ケアシステムの構築を目指す』ということが言われている。つまりこれは、国としての目標、国策である」。宮島俊彦前老健局長も、「法律上は、2012年をもって、地域包括ケア元年ということになる」と主張しました(13)。なお、「国策」、「元年」は厚生労働省（元）高官による強調表現であり、公式の政府文書では使われていません。

### 2013年の「国民会議報告書」が医療と介護の一体化を主張

ただし、2009・2010年の「地域包括ケア研究会報告書」は、地域包括ケアシステムの医療として診療所レベルのものを想定し、ターミナル期を含めて「病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続する」ことを強調していました。しかも、「施設を一元化して最終的には住宅として位置づけ、必要なサービスを外部からも提供する仕組みとすべき」とも主張しており、これに対して老人福祉施設協議会（老施協）は「特養解体論」と猛反発しました(14)。

2013年5月に3年ぶりに発表された「地域包括ケア研究会（2012年度、第3回）報告書」は、地域包括ケアシステムの5つの構成要素の表現を緻密化する（介護・リハビリテーション、医療・看護、保健・予防、福祉・生活支援、住まいと住まい方）と同時に、これら5つの構成要素の基礎に新たに「本人・家族の選択と心構え」を加えました。また、2009・2010年報告書の「特養解体論」的表現は削除し、逆に、介護保険施設は「重度の要介護者を中心に地域の介護サービス提供の重要な役割を担っている」との肯定的位置づけを加えました。他面、医療については依然「在宅医療」のみを想定し、病院の役割については言及しませんでした。

それに対して、2012年に、厚生労働省の有力高官（香取照幸政策統括官、武田俊彦社会保障担当参事官、鈴木康裕保険局医療課長）は、地域包括ケアシステムでの病院・医療法人の役割を強調する発言を相次いで行いました(15)。特に、香取氏は、2012年6月の日本慢性期医療協会総会の講演で、地域包括ケアシステム概念に「入院機能を持った病院を組み込むことが必要」、「これまでは有床診のような20床程度の小規模なサービスを考えていたが、もう少し規模の大きいものを考えないといけない」と明言しました（『日本医事新報』2012年7月7日号：22頁）。

2013年8月に発表された「社会保障制度改革国民会議報告書」も、地域包括ケアシステムと医療との関係を強調しました。同報告書は、「地域包括ケアシステム（の構築）」に15回も言及したのですが、ほとんどの場合、それを「医療機能の分化・連携」と併記し、しかも「医療の見直しと介護の見直しは、文字どおり一体となって行わなければならない」、「地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない」と強調しました。さらに、同報告書は、「地域包括ケアシステムというネットワーク」とのストレートな表現に

象徴されるように、「地域包括ケア」を「システム」ではなく、「ネットワーク」と位置づけました。

よく知られているように、「国民会議報告書」は、従来の「治す医療」・「病院完結型医療」から、超高齢社会に見合った「治し・支える医療」・「地域完結型医療」への転換を提唱しました。これは、医療界・医療機関に「地域包括ケアシステム」構築への積極的参加を求めたメッセージとも言えます。

「国民会議報告書」が地域包括ケアシステムにおける医療の役割を強調したことは日本医師会も歓迎しました。2013年8月の第46回介護保険部会は「国民会議報告書」と「地域包括ケアシステムの構築」について集中的に議論したのですが、高杉敬久委員（日本医師会常任理事）は次のように発言しました。「私は介護保険の部会に出て2年目であります。しかし、医療と介護に区別はないはずで、やっと医療が論議されたということにちょっと感動を覚えます。今回の国民会議のまとめにもそのことがふんだんに盛り込まれている。まさにこれからは本当に医療も介護も融合したものにしなければいけない」。

### 2013年の社会保障改革プログラム法で初めて法的定義

「国民会議報告書」の提言に基づいて、2013年12月5日に成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（以下、社会保障改革プログラム法）では、地域包括ケアシステムの法的定義が初めて、しかも「医療制度」について規定した第四条4に、以下のように導入されました。「**地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。次条において同じ。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制**」。「介護保険制度」について規定した第五条2一も、地域包括ケアシステムに触れました。

同法成立直後の2013年12月27日に発表された社会保障審議会医療部会「医療法等の改正に関する意見」は、医療部会の公式文書として初めて「地域包括ケアシステム」に言及しました。しかも、「医療機能の分化・連携」と「地域包括ケアシステムの構築に資する在宅医療の推進」をワンセット・同格で提起しました。

それに続く、2014年4月診療報酬改定では、「急性期後の受入をはじめとした地域包括ケアシステムを支える病棟の充実」をはかるために、新たに「地域包括ケア病棟入院料」が新設されました。診療報酬点数表に「地域包括ケア」を含んだ用語が用いられたのは、これが初めてです。

さらに、2014年5月に発表された「地域包括ケア研究会（2013年度、第4回）報告書」は、従来の報告書の提案を以下の3点で修正しました：①急性期医療・病院の役割を初めて明示しました。②在宅と医療機関の両方での「看取り」を初めて強調しました。③入所施設を「重度者の住まい」と積極的に位置づけました（4）。

最後に、2014年6月に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」は、第一条（目的）で、「地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築する」ことを明記し、第二条で、社会保障改革プログラム法中の地域包括ケアシステムの定義を再掲しました。

2013・2014年の政府文書と法改正等により、地域包括ケアシステムは病院医療を含む医療・介護一体改革の中心的柱になったと言えます。

### 【注】「法・行政的空白（停滞）期」にも実践と研究は進んだ

私は2004～2008年の5年間を、地域包括ケアシステムの「法・行政的空白（停滞）期」と位置づけましたが、この期間にも全国の多くの地域で、「地域の実情にあった」地域包括ケアシステム・「地域ネットワーク」づくりがなされ、それらを踏まえた地域包括ケアシステムについての論文・レポートも多数発表されました。

CiNii（国立情報研究所の論文データベース）で「地域包括ケアシステム」をキーワードにして検索したところ、1999～2003年の5年間には21論文しかヒットしませんでした。2004～2008年の5年間にはその6.2倍の131論文がヒットしました（2015年1月27日検索）。論文のテーマをみると、1999～2003年は、有名な広島県公立みつぎ総合病院の実践レポート等、ほとんどが医療機関を中心とした取り組みについての論文でしたが、2004年以降は、自治体、地域包括支援センター、社会福祉協議会、社会福祉法人、介護保険事業者等、多様な主体の取り組みについての論文が急増していました。

### 【補足】地域包括ケアシステムには「保健・医療系」と「福祉系」の2つの源流がある

「地域包括ケアシステム」は、広島県公立みつぎ総合病院の山口昇院長が、1970年代から開始した病院を核とした「訪問看護、訪問リハビリ等の在宅ケアによる寝たきりゼロ」作戦と「保健・医療・介護・福祉の連携、統合」の実践を元にして提唱した概念で、同病院のすぐれた実践・実績に着目した厚生労働省がそれを借用したそうです（ただし、山口先生は、当初は「地域包括医療・ケア」と呼んでいたそうです）(16)。

そのためもあり、医療関係者の一部には、地域包括ケアシステムは、「保健・医療系」が中心、特に自治体との結びつきが強い自治体病院が中心との理解がみられます。しかし、「保健・医療系」の取り組みには、それ以外に、民間病院主体の「保健・医療・福祉複合体」（複合体）が中心のものもあります。複合体は、単独法人または関連・系列法人とともに、医療施設（病院・診療所）となんらかの保健・福祉施設の両方を開設し、保健・医療・福祉サービスを一体的に提供しているグループで、その大半は私的病院・診療所が中心になっています（この定義からは、公立みつぎ総合病院は公的複合体と言えます）(17)。複合体は1990年前後に初めて登場し、その後急成長を続けています。2000年以降は、地方の大規模民間複合体の中には、他の諸法人と連携しつつ、保健・医療・福祉の枠を超えて、街づくりにまで積極的に取り組み、独自に地域包括ケアシステムを形成する例も現れています(18)。

さらに、「保健・医療系」とは別に、「（地域）福祉系」の地域包括ケアシステムの取り組みもみられます。具体的には、社会福祉協議会、特別養護老人ホームを開設している社会福祉法人、あるいはNPO等が主体となった、在宅ねたきり・認知症高齢者に対する「（保健・福祉）ネットワーク推進事業」や「地域ケアシステムづくり」等です。「福祉系」の地域包括ケアの先進的取り組みの事例集（17事例）としては、社会福祉学界重鎮の大橋謙策・白澤政和両氏が編集した『地域包括ケアの実践と展望』が必読です(19)。それ

の序章「高齢化社会助成事業の目的・変遷と地域包括ケア実践の萌芽」（大橋謙策氏執筆）には、1970年代以降の福祉行政・政策の変化・発展と「福祉系」の地域包括ケア構築の取り組みが分かりやすく整理されています。大橋氏によると、1990年の「社会福祉事業法改正」で、保健・医療・福祉の連携という規定が盛り込まれたこと、および2000年に成立した「社会福祉法」が個人の尊厳を旨として、地域での自立生活を支援することを目的に、保健・医療・福祉の連携を求めたことが、「福祉系」の地域包括ケアの法的基盤になったそうです（ただし、同氏は「保健・医療系」・「福祉系」という用語は用いていません）。

大橋氏は、高齢者福祉研究会が「地域包括ケアシステムの確立」を提唱する1年前の2002年に、それとほぼ同趣旨の「（保健・医療・福祉の連携を進める）トータルケアシステムの創造」を提起していました(20)。しかも、「地域包括ケアシステム」と異なり、「トータルケアシステム」は対象を高齢者に限定していませんでした。

【本稿の本文は、『日本医事新報』2015年2月14日号（4738号）掲載論文「『地域包括ケアシステム』の法・行政上の出自と概念の拡大」に大幅に加筆したものです。「補足」は書き下ろしです。本文中の地域包括ケアシステムの「法・行政的空白（停滞）期」の原因・背景は、当時の事情に精通している複数の厚生労働省関係者から得た非公式情報を参考にして書きました。】

## 文献

- (1) 二木立「日本の保健・医療・福祉複合体の最新動向と『地域包括ケアシステム』」『文化連情報』2012年3月号（408号）：28-35頁（『T P P と医療の産業化』勁草書房,2012,第4章第3節）。
- (2) 二木立「医療・社会保障政策とリハビリテーション医療・ケアの行方」『地域リハビリテーション』2012年3月号（7巻3号）：212-213頁（上掲書第4章第3節補論）。
- (3) 二木立「地域包括ケアシステムと医療・医療機関の関係を正確に理解する」『文化連情報』2013年3月号（420号）：12-16頁（『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房,2014,第3章第1節）。
- (4) 二木立「2014年『地域包括ケア研究会報告書』をどう読むか？」『日本医事新報』2014年6月14日号（4703号）：15-16頁。
- (5) 中村秀一・石川治江「2015年の高齢者ケアー高齢者介護研究会の報告書を受けて」『介護保険情報』2003年8月号：6-11頁。
- (6) 香取照幸「地域包括ケアは地域の力を紡いだ到達点」『介護保険情報』2004年2月号：7-9頁。
- (7) 中村秀一「[社会保障審議会介護保険部会]報告書のポイントと介護保険制度改正のゆくえ」『介護保険情報』2004年9月号：7-9頁。
- (8) 中村秀一「介護保険法改正案のポイントは何か」『介護保険情報』2005年3月号：18-21頁。
- (9) 宮島俊彦「地域包括ケアを推進するために～研究会報告を受けて」『介護保険情報』2009年7月号：20-23頁。
- (10) 「全国介護保険・高齢者保健福祉担当者会議」（2010年3月5日）での宮島俊彦老健局

長挨拶。『介護保険情報』2010年4月号：6-9頁。

(11)水津重三「地域包括ケアの実現に向け総合企画力の発揮に期待」『介護保険情報』2009年10月号:8-11頁。

(12)宇都宮啓「地域包括ケアシステムと医療・介護の連携」『週刊社会保障』2012年10月15日号：32-33頁。

(13)宮島俊彦『地域包括ケアの展望』社会保険研究所,2013年3月,15頁。

(14)全国老人福祉施設協議会「特養解体はここからはじまる」「全国老協だより」No. 18(平成24年度特別号) , 2012。

(15)二木立『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房, 2014, 100-101頁。

(16)山口昇「地域包括ケアのスタートと展開」。高橋紘士編『地域包括ケアシステム』オーム社,2012,12-37頁。

(17)二木立『保健・医療・福祉複合体ー全国調査と将来予測』医学書院,1998。

(18)神野正博「地方の民間病院の立場から地域包括ケア病棟を考える」『病院』 2015年1月号 (74(1)) : 28-32, 2015。

(19)大橋謙策・白澤政和編『地域包括ケアの実践と展望ー先進的地域の取り組みから学ぶ』中央法規,2014。

(20)大橋謙策「21世紀型トータルケアシステムの創造と地域福祉」。大橋謙策・他編『21世紀型トータルケアシステムの創造ー遠野ハートフルプランの展開』万葉舎,2002,11-66頁。

## 【添付論文2】

# 訪問介護の主役は長期的には介護福祉士

（『21世紀初頭の医療と介護—幻想の「抜本改革」を超えて』勁草書房,2001,172-178頁。  
初出：『介護保険情報』2000年9月号）

## 1 世界的に最高水準の介護福祉士の教育

介護保険のマンパワーの問題で誰もが誤解していることは、訪問介護の担い手がヘルパーと誤解していることだ。

しかし介護保険法では、訪問介護は、「介護福祉士等その他厚生省令で定める者により行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話」（法七条六項）と、介護福祉士が主役に位置付けられている。これには大きな意味がある。

専門職に必要なことは専門的な知識と技術を持っていることであり、それを身につける教育や研修が不可欠だ。わが国の介護福祉士の教育は、世界的にみても最高水準にある。介護福祉士の教育時間は、二年間で約一五〇〇時間である〔二〇〇一年度から一六五〇時間に延長〕。ホームヘルパーの中心の二級ヘルパーの教育が一三〇時間でしかないことに比べても、はるかに高いレベルの教育を受けている。こうした人材が長期的には訪問介護の中心になることは望ましい。

しかし、介護福祉士が訪問介護の中心だというのは現時点では空論で、訪問介護に携っている介護福祉士はごくわずかである。訪問介護の専門性も、まだまだ認められていない。訪問介護事業者の中にも「技術より愛を！」というところがあるくらいだ。

しかし、これからは要介護者に対するサービスの質が変わってくる。五年、一〇年という長期的スパンで考えれば、訪問介護の中心が要介護者の身体介護に移っていくことは間違いない。先の条文には、二一世紀を見とおした訪問介護のあるべき姿が示されており、評価してよい。ただ、これに気づいている人が少ないだけだ。

## 2 現在の介護報酬では人材確保は難しい

しかし、現在の訪問介護の介護報酬体系では、人材確保は難しい。人材確保の大前提は、専門職が生活できる程度の介護報酬を設定することである。医療（診療報酬）の場合と同じく、介護報酬は常勤専門職の件費を賄える水準でなければならない。

どんな産業でも、健全に発展するためには、少なくとも中核スタッフは常勤者で固めないと質の担保ができない。訪問介護についても、誰もが介護福祉士になるべきとまではいわないが、長期的には中核を担うのは介護福祉士であり、その給与の保証が大切だ。

訪問介護事業者は、民間企業、社会福祉法人、社会福祉協議会、医療法人を問わず、質の高い介護を行うために良質の人材の確保を考えている。しかし、介護福祉士を常勤で雇いたいと思っても、今の介護報酬体系を前提にする限り、経営は絶対に成り立たない。

具体的にどう変えるか。家事援助と身体介護の介護報酬の格差を早急に是正すべきである。身体介護四〇二〇円（三〇分以上一時間未満）はいいとしても、家事援助一五三〇円（同）はあまりにも低すぎる。これでは身体介護に特化しない限り、確実な利益は見込めない。だが現実には、身体介護の報酬が相対的に高すぎるために、身体介護が十分に利用

されず、複合型や家事援助に流れている。このような不合理な介護報酬格差をなくしないと、二一世紀に質の高い介護は保証されない。

### 3 介護保険は各職種の領地争いの場ではない

医学的に安定している要介護者という条件つきなら、身体介護は看護婦よりも介護福祉士のほうが上手に行える。看護婦は身体介護の教育を受けていないからだ。

訪問看護ステーションが一九九〇年に発足したときには、「介護を主とした訪問看護」という位置づけであった。これは、ある面では、ホームヘルパーが少なかった時代の苦肉の策であったが、介護保険のもとでは、看護行為が希薄な訪問看護は訪問介護に置き換わっていくことになる。

訪問看護と訪問介護の値付けには、ずいぶん格差がある。単純に言えば、訪問看護は八〇〇〇円、訪問介護は身体介護でも四〇〇〇円である。こうした価格差によっても訪問介護の方に流れていく。

日本看護協会は、介護保険開始前は、介護保険で訪問看護がばら色になるといっていた。看護協会に限らず、介護保険制度にかかわるすべての職能団体が、介護保険制度をリアルに見ないで、それにより自分たちの「領地」を拡大できると、いわば我田引水的に考えた。ケアマネジャー「資格」についても、看護婦、保健婦、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、社会福祉士などの職能団体は、それぞれ自分たちの職種こそが適任であると主張していた。そう主張しなかったのは、もともと卓越した権限をもっている医師会だけだった。

訪問看護は非常に大切であるが、在宅ケアの量的中心は訪問介護である。しかし、これから病院の在院日数がますます短くなることを考えると、在宅で医療的な処置を必要とする人やターミナルケアを受ける人は増えていく。この面では看護婦の役割は大きくなる。

介護保険では「保健・医療・福祉の連携」が強調されているのだから、ターミナルケアは看護婦が主役であるとか、介護福祉士が主役だというように、職種間の領地争いの場としてはいけない。それぞれの職種には歴史的・法的な役割があるので、医師、看護婦、介護福祉士、ヘルパーなどの専門職が、どうチームを組んでいくかが介護保険下のターミナルケアの課題になる。

### 4 経営が成り立つのは事業者間の連携か複合化

介護保険法は、福祉立法ではない。そもそも福祉立法と思うことが間違いだ。介護保険法第一条に「保健医療及び福祉サービス」を提供するとあり、高齢者の慢性期医療・福祉サービスが統一された法律である。理念としても、保健・医療・福祉の連携が謳われている。

このような法の趣旨からいって、介護保険事業者の経営が成り立つためには、①独立した事業者間で連携をとるか、②一つの事業体またはグループが保健医療及び福祉サービスを一体的に提供する（複合化する）か、二つの方法しかない。

制度的には、それらを一体的に提供するほうが有利である。なぜなら、介護保険には競争の論理があり、連携と競争は「水と油」だからである。複合化が好ましくないと考える場合は、他事業者ときちんと連携する必要があるが、それは介護保険前よりも、はるかに困難である。

民間の大手訪問介護事業者が苦戦している理由の一つは、訪問介護単独ではそれほど高い利益を上げることができないからである。

それに対して、たとえば、医療施設を母体とする「複合体」が在宅ケアに参入している場合には、訪問介護でそれほど利益をあげる必要がなく、医療の方で顧客を確保し利益をあげればよい。特別養護老人ホームが主体の社会福祉法人が訪問介護に参入していく場合も同様だ。実は介護報酬で一番優遇されたのは特養であり、全国平均の利益率は一割を超えるだろう。そのために、特養を運営する社会福祉法人は、訪問介護で大幅な利益をあげる必要はない。

また、同じ営利企業といっても、地場産業ともいえる地域密着型の訪問介護企業の大半は「パパ・ママ・ストア」であり、社長も訪問介護に従事するために、一般管理費は非常に少ない。そのために、それほど高い利益率は必要としない。逆に高度の本部機能を必要とする大手企業は、一般管理費が売上高の二～三割となるために、「パパ・ママ・ストア」に太刀打ちできない。

## 5 専門職は給与が保証されれば在宅に向かう

医療・福祉の専門職は、今後、ある程度の給与が保証されれば在宅に出ていくと私は予測している。たとえば理学療法士や作業療法士は介護福祉士以上に高嶺の花といわれているが、それは近視眼的である。長期的にみると、ある程度の給与が保証されればという条件付きで、さまざまな医療・福祉の専門職が在宅に向かっていくだろう。

日本は今後どんどん高学歴社会になっていく。若い人の立場で考えると、最初からホームヘルパーになろうという人はおらず、介護福祉士、理学療法士、作業療法士等の専門職に就こうとするだろう。

ただし、ホームヘルパーという職業がなくなるわけではない。これからは専業主婦は減少していくから、中高年女性のなかでホームヘルパーになりたいと考える人は増えるだろう。しかし、少子化が進展し若者が高学歴を志向する中では、専門性がより強い介護福祉士をめざす若者が増えていくにちがいない。

好景気のときには、学生は福祉分野にはあまり入ってこない。バブル経済のころは、福祉系大学卒業生ですら、福祉系の職場よりも、一般企業に就職するほうが多かった。

しかし今の学生は、自分の生きがいと仕事とをあわせて考える傾向がある。しかも、悪くいえば覇気がない反面、たいへん心優しい若者が増えている。このような学生が介護・福祉を志向するようになっていく。彼らは生きがいを感じれば力を発揮するが、一方でドライだから、食べていけなければ辞めてしまう。大義のためだけに働く若者はもういない。

介護ビジネスが二一世紀の成長産業といわれたが、上滑りの感を否めない。それが地についた産業となるためには、専門職として働く人々が世間並みの生活を送れる給与を確保できるようにする必要がある。

介護の人材がいくら出てきても、あるいは志をもって職についたとしても、労働条件が悪くてやめてしまうのでは、国家的な損失である。今のままでは、一〇年前に生じた「看護婦不足」と同じような「介護職不足」現象がおきる危険がある。

## 【添付論文3】介護職員の待遇改善を（インタビュー）

（「朝日新聞」2015年3月23日朝刊4面。「報われぬ国 負担増の先に 総集編上 支え合い保つには 高齢化の中で 識者に聞く）

医療福祉政策を考えるときは、歴史に学ぶことが大事だ。介護職員は2025年度に全国で約30万人が不足するともいわれ、絶望的にもみえる。ただ、今の状況は1990年前後の看護師不足とよく似ている。当時、看護師は「3K」（きつい、きたない、きけん）などと言われ、病院内での地位や給料も低かった。

それが92年以降の診療報酬改定で、看護の報酬が大幅に引き上げられた。より高い配置基準（患者数対比の看護師数が多い病院ほど報酬も多くなるしくみ）も導入され、看護師が増えて労働環境がよくなった。

あわせて、4年制大学の看護学部が増え、高学歴化が進んだ。卒業後も、専門性を高める「卒後教育」を看護協会などが推し進めた。それで給与が改善され、看護師の社会的な地位も高まる好循環になった。近年は離職率も下がり、今や花形職業だ。

介護職の場合も解決策は同じだ。介護報酬を引き上げ、介護職員の配置基準を高めるべきだ。事業者は報酬が高くなれば、正職員を増やせる。今は非正規職員も多いが、長く勤める正職員になら、技術を高めてキャリアアップさせる研修にお金を出しやすくなる。

その意味で、今年の介護報酬の大幅引き下げは、時代の流れに反する。財源がないというが、そんなことはない。日本の中間層の税や保険料の負担は欧州より少ない。介護も医療も保険料の引き上げは避けられない。低所得者には配慮しつつ、所得税の累進制強化など、高所得者により負担してもらうことが必要だ。

ケアは可能な限り自宅で受けるのが理想だが、一人暮らしなどで難しいケースもある。それでも、厚生年金をもらっているようなある程度お金のある人は、民間の有料老人ホームや「サービス付き高齢者向け住宅」などに入れるだろう。

問題は、とくに都会で国民年金だけで暮らすような低所得の人たちだ。安く入れる特別養護老人ホームを増やすとしても、自治体の予算などで限界がある。集合住宅の空き室や、安価な宿泊所のようなところに住んでもらい、訪問で必要な介護サービスを提供するなど、行政が工夫していく必要があるのではないか。（聞き手・生田大介）

### 【参考：看護婦（看護師）不足と介護職不足についての私の過去の分析・主張】

看護婦（当時の呼称）の仕事が、現在の介護職の仕事と同じく、3K～6Kと言われ、看護婦不足は宿命的とみなされていた1991年に、私は「病院管理者の意識改革・職場の民主化と合わせて、看護婦の給与・労働条件改善が実施されれば、看護婦不足は十分に解決可能だ」と主張・予測しました（『複眼でみる90年代の医療』勁草書房,1991,4章2「看護婦不足解決の条件はあるが、看護業務見直しと補助者導入も不可避」,160-172頁）。

介護保険制度が始まった直後の2001年のインタビュー「訪問介護の主役は長期的には介護福祉士」で、日本の介護福祉士の教育レベルは「世界最高水準」であり、「専門職は給与が保証されれば在宅に向かう」と指摘すると共に、「今のままでは、10年前に生じた『看護婦不足』と同じような『介護職不足』が起きる危険がある」と警告しました（『21世紀初頭の医療と介護』勁草書房,2001,第2章4,172-178頁）。